Cours PACES

Pr Cécile Manaouil
Manaouil.cecile@chu-amiens.fr

LA PERSONNE DE CONFIANCE
loi du 4 mars 2002

Pr Cécile Manaouil
Manaouil.cecile@chu-amiens.fr

http://www.c2i.u-picardie.fr/ines/

- Se sentir soutenu, accompagné par une personne que l'on a choisie…
- Intérêt surtout si patient en rupture familiale ou en fin de vie ou atteint d'une pathologie chronique évolutive

Mode de désignation de la personne de confiance

- art. L. 1111-6 CSP
- désignée par écrit par toute personne majeure
  - On peut le dire à son médecin référent

Durée ?

- art. L. 1111-6 CSP
- révocable à tout moment
- On choisit à chaque nouvelle hospitalisation

Moment ?

- proposé au malade lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé
  - c'est une obligation pour l'établissement ! Mais pas de sanction…
  - Mais pas pour le patient !
  - Qui le propose lors de l'hospi ?
    - Ce devrait être un médecin ou un IDE lors d'un entretien
    - Mais parfois fait lors de l'admission… dans le cadre de formulaires à remplir

Rôle des soignants

- Parfois difficile de recueillir le nom de la pers de confiance
  - Patient âgé, sourd, démence débutante…
- *« il est recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier une mention de… l'identification de la personne de confiance »*
- arrêté du 5 mars 2004 J.O. du 17 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment l'accompagnement de cet accès.

Pour désigner une pers de conf.

- Il faut être majeur, sans mesure de tutelle
  - Donc pas pour les mineurs
    - Différent de la personne majeure accompagnante
  - si le majeur sous tutelle a antérieurement désigné une personne de confiance, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette pers de conf., soit révoquer la désignation de celle-ci
    - art. L 1111-6 dernier alinéa CSP

Qui choisir comme pers de confiance ?

- art. L. 1111-6 CSP : « *peut être un parent, un proche ou le médecin traitant* »
  - Une personne physique
  - En pratique difficile d'être en même temps le médecin et la pers. de confiance
  - Ce peut être « l'ami de boisson »…
- Une désignation de personne « es qualité » comme les avocats, les représentants d'association *(sectes, témoins de Jéhovah)*

Qui choisir comme pers de confiance ?

- Il n'est pas prévu de solliciter l'accord ni même d'informer la personne de confiance
- Il n'est pas précisé que la pers. de confiance doit être majeure et pas sous tutelle mais ça paraît logique….

Rôle de la personne de confiance

- la personne de confiance peut
  - accompagner le patient dans ses démarches
  - assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions
  - Sert de « porte parole », d'intermédiaire
- « consultée » au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin
  - art. L 1111-4 CSP

Rôle de la personne de confiance

- Art. L. 1110-4 CSP

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part »

Rôle de la personne de confiance

- Si le patient ne peut pas s'exprimer
- une intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté

art. L 1110-4 CSP

Personne de confiance

- Pas d'accès au dossier médical
- Pas de fonction après le décès
- N'est pas chargée de consentir à la place du patient ou donner son opinion personnelle
  - la loi utilise le terme de ***« consulté »***
  - Elle ne décide pas à la place du patient ***++*** *ne se substitue pas au patient*
  - Elle est sensée exprimer l'opinion du patient, s'exprimer au nom du patient mais ne parle pas en son nom

Information de l'entourage

- Possible malgré le secret
- en cas de diagnostic ou de pronostic grave (art. L. 1110-4 CSP)
- patient « est hors d'état d'exprimer sa volonté » (art. L. 1111-4 CSP)
- sauf opposition de la part du patient +++

Comprendre et accepter cette personne

CHU Amiens Picardie

UNIVERSITÉ de Picardie Jules Verne

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Pr Cécile Manaouil
Manaouil.cecile@chu-amiens.fr

Plan juridique

L'euthanasie reste un meurtre

- L'euthanasie ne constitue ni un fait justificatif ni une circonstance atténuante de la resp pénale
- C'est un crime passible des assises

- Assassinat (meurtre avec préméditation)
  - art 221-3 CP
- Empoisonnement
  - art 221-5 CP

L'euthanasie reste un meurtre

- Le suicide n'est pas incriminé
  - Pas de délit de complicité de suicide
  - Art 121-7 CP : la complicité n'est punissable que si le fait principal est punissable
- en revanche : art 223-13 CP : délit de provocation au suicide
  - Ex publication de *Suicide, mode d'emploi*

Loi du 22 avril 2005 : laisser mourir mais pas faire mourir

Loi du 22 avril 2005

Subtil : car arrêter un traitement vital est possible même si on sait que cela va entraîner le décès alors qu'injecter un cocktail lytique est interdit

Mais l'intention est différente :

- soit on veut soulager la douleur ou éviter une obstination déraisonnable
- soit on veut provoquer la mort

Patients qui ne sont pas en fin de vie

Patient conscient, demandeur, non en fin de vie
art. L. 1111-4 CSP

- Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.
- Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.
- Il peut faire appel à un autre membre du corps médical.
- Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable.
- inscrit dans son dossier médical

En pratique : 1er cas

- patient qui ne peut pas se suicider mais voudrait le faire car pathologie chronique invalidante d'évolution très longue mais pas de décès prévisible à court terme

En pratique : 1er cas

- Ex. maladie neurologique très invalidante, état grabataire
- chez un patient souffrant d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA) : arrêter la nutrition ou ne pas faire de gastrostomie ou pas de trachéotomie…
- Discussion, limitation thérapeutique progressive…

En pratique : 2ème cas

- Pas de pathologie chronique invalidante
- Mais refus d'un traitement
  - pathologie curable mais patient refusant les soins
    - tout mettre en œuvre pour le convaincre
    - délai raisonnable nécessaire
  - art. R 1112-43 CSP
    - doit signer une attestation traduisant expressément ce refus
    - sinon procès-verbal du refus
  - Cas extrême : soins malgré le refus du patient

Jurisprudence : transfusion sanguine et témoin de Jéhovah

- Ex. refus de transfusion lors d'une hémorragie du post partum
- La loi impose de respecter la volonté mais …
  - CAA Paris 9 juin 1998
  - CE 26 octobre 2001
- le CE autorise la transfusion en dernier recours si
  - le médecin a tout fait pour convaincre le patient
  - indispensable à la survie du patient : risque vital ++
  - proportionné à son état
  - en l'absence d'alternative thérapeutique ++

Patients hors d'état d'exprimer leur volonté

- La personne est inconsciente en « état végétatif chronique » ou en coma prolongé
- vie dépendante d'une assistance respiratoire ou d'une nutrition et hydratation parentérale
- OAP, réanimation intensive et prolongée… coma

art. L. 1111-4 CSP
patient hors d'état d'exprimer sa volonté et non en fin de vie

- la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger peut être réalisée
  - Si respect de la procédure collégiale
  - Consulter la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches
  - Consulter les directives anticipées
- décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement inscrite dans le dossier médical
  - Idem à précédents cas mais inconscients

Patient en fin de vie en état d'exprimer sa volonté

Patient en fin de vie en état d'exprimer sa volonté

article L 1111-10 CSP

- patient, <u>en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable</u>, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement
- Ex. Patient avec un cancer évolué et refusant la dernière chimiothérapie
- le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix.
- L'inscrire dans son dossier médical
- pas d'obligation de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables

art L 1110-5 CSP

- <u>Pas d'obstination déraisonnable</u>
- Lorsque des soins ou des examens apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.
- En revanche : soins palliatifs +++

Qu'autorise la loi ?

- On peut soulager la douleur au risque de provoquer la mort
- Augmenter les doses de morphine +++
  - On cherche à soulager la douleur
  - On ne cherche pas la mort

Patient conscient en fin de vie : art L 1110-5 CSP

- Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer
  - le malade
  - la personne de confiance
  - la famille ou, à défaut, un des proches
- procédure inscrite dans le dossier médical
- Pas de demande expresse du patient ici +++

Qu'autorise la loi ?

- LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives
- Arrêter la chimiothérapie, la dialyse…
- Arrêt de l'alimentation
- Toujours avec accompagnement/ sédation/ antalgiques…

Patient en fin de vie hors d'état d'exprimer sa volonté

Patient hors d'état d'exprimer leur volonté

- patient
  - en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable
  - hors d'état d'exprimer sa volonté
- On se pose la question de pratiquer une transfusion, un traitement antibiotique….

Patient hors d'état d'exprimer sa volonté en fin de vie

- Art L 1111-12 CSP
- si une personne de confiance a été désignée, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions prises par le médecin.

Patient hors d'état d'exprimer sa volonté en fin de vie

- Art L 1111-13 CSP
- le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir
  - respecté la procédure collégiale
  - consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches
  - consulté les directives anticipées
- décision inscrite dans le dossier médical
- assurer la qualité de la fin de vie en dispensant les soins palliatifs

arrêt de la ventilation assistée

- après arrêt de la ventilation assistée VA chez les patients en fin de vie, l'arrêt cardiorespiratoire final se produit dans la majorité des cas avant 24 heures
- La mort est survenue en moins d'une heure en médiane (0,93 heures ; EIQ, 0,25-5,5 heures) après l'arrêt de la VA.
- Les variables indépendantes prédictives d'une mort rapide :
  - race autre que blanche (RR=1,17)
  - nombre de défaillances viscérales (RR par organe, 1,11)
  - recours aux médicaments vasopresseurs (RR=1,67)
  - administration de solutions par voie parentérale (RR=1,16)
  - réanimation postopératoire (RR=1,29).
- Cooke CR et coll. : Predictors of Time to Death After Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation in the ICU. Chest 2010; 138: 289-297.

Loi du 22 avril 2005 : laisser mourir mais pas faire mourir

4 situations

- Patient pas en fin de vie pouvant s'exprimer
- Respect de sa volonté mais tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables

- Patient en fin de vie pouvant s'exprimer
- Respect de sa volonté

- Patient pas en fin de vie ne pouvant PAS s'exprimer

Possibilité de limiter ou arrêter les soins Procédure collégiale

- Patient en fin de vie ne pouvant PAS s'exprimer
- Possibilité de limiter ou arrêter les soins
- Procédure collégiale

Dans tous les cas

- L'arrêt d'une thérapeutique n'est pas l'arrêt des soins de « confort » (essentiels !) notamment
  - hydratation, nursing
  - lutte contre les escarres…
  - Soins palliatifs
  - Respect de la dignité
  - Recours à des équipes spécialisées
  - Soutien psychologique
    - Le patient
    - Son entourage
    - Les soignants
  - Mais aussi aborder la question de la mort

Procédure collégiale

- Le but de la discussion pluridisciplinaire n'est pas d'obtenir un consensus qui serait imposé.. Mais que chaque membre de l'équipe entende l'avis de chacun et puisse comprendre la décision
- Il est important que des échanges aient lieu et pour éviter qu'un soignant fasse part de son désaccord à la famille..

Procédure collégiale

- Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement
- JO du 30/01/2010

Pas d'acharnement

Art. R. 4127-37 CSP

- En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.
- Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie

Procédure collégiale

Art. R. 4127-37 CSP

- décision prise par le médecin en charge du patient +++
- après concertation avec l'équipe de soins si elle existe
- sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant
  - aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant
  - Il n'est pas dit qu'il ne connait pas le patient
- L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile

Procédure collégiale

Art. R. 4127-37 CSP

- décision : prend en compte
  - les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées
  - l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée
  - ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches
- si mineur ou majeur protégé : avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur sauf les situations d'urgence
- décision motivée
- Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

Procédure collégiale

Art. R. 4127-37 CSP

- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté
  - Qu'elle soit en fin de vie ou pas
- la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale.
- Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative.
- Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches

Une procédure transparente

Art. R. 4127-37 CSP

- Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.
- La personne de confiance, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Antalgiques

Art R 4127-37 CSP

- Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne
- Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Antalgiques

Art R 4127-37 CSP

- « même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral »
  - Ajout du décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement
- Vise les patients traumatisés crâniens graves, ou grands prématurés qui ne sont pas en capacité d'exprimer leur souffrance

Article R 4127-38 CSP

- Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.
- Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.
- Article inchangé

De nombreuses propositions de légalisations

Demandes actuelles

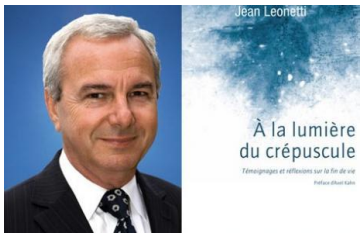
- suicide possible par la personne elle-même mais elle demande un suicide assisté
- état chronique (mais pas fin de vie) rendant le suicide impossible et pas de soins actifs que l'on peut arrêter : réaliser une « sédation terminale » ?

- proposition de François Hollande : instaurer une assistance médicalisée pour « terminer sa vie dans la dignité » février 2012

promesse du candidat Hollande

- mettre en place une "assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité".
- "*Aujourd'hui les Français demandent avant tout que leur parole et leur volonté soit non seulement entendue mais souveraine, qu'on ne s'acharne pas, qu'on ne les laisse pas souffrir inutilement, qu'on ne les abandonne pas, et éventuellement qu'on les aide à mourir lorsque le temps est arrivé. Ceci implique de changer de culture et de comportement*"

A lire



- Jean Leonetti
- recueil de témoignages sur la fin de vie
- «A la lumière du crépuscule»
- 21 novembre 2008

Rapport d'information de la mission parlementaire sur l'évaluation de la loi du 22 avril 2005

Remis le 2 décembre 2008 par Jean Léonetti au Premier ministre, François Fillon.

Rapport de l'IGAS 2010 « La mort à l'hôpital »

- Inspection générale des affaires sociales
- rapport d'enquête rédigé par le Dr Françoise Lalande et Olivier Veber.

- 58% des français meurent dans un établissement de santé
- 20% des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs financés (> 80% de patients atteints d'un cancer)

Observatoire national de la fin de vie

- président : Régis AUBRY

Observatoire national de la fin de vie

- Décret n°2010-158 du 19 février 2010
- observatoire national des conditions de la fin de vie et des pratiques d'accompagnement
  - auprès du ministre chargé de la santé
  - information du public et des professionnels de santé
  - étude des conditions de la fin de vie et des pratiques médicales
  - Promouvoir des recherches pluridisciplinaires
  - rapport annuel rendu public et transmis au ministre chargé de la santé et au Parlement.

- Rapport 2012 de l'ONFV
- mars 2013

Le rapport Sicard

- la mission Sicard (ancien président du CCNE)
- 19 juillet 2012 à décembre 2012

Le rapport Sicard, 2012

- pointe les insuffisances en matière de
  - prise en charge de la fin de vie
  - formation des soignants
  - soins palliatifs.
- Il ne préconise pas l'euthanasie mais évoque une forme de suicide assisté pratiqué dans l'Etat d'Oregon.
  - Le malade, après qu'un comité médical ait évalué sa lucidité et sa volonté conserve près de lui le produit létal qu'il décide, seul, d'utiliser ou non.

mission Sicard, déc 2012

- Dans "les phases ultimes de l'accompagnement en fin de vie", lorsque le patient demande l'arrêt des traitements, la mission estime qu'"il serait cruel de le laisser mourir ou de le laisser vivre sans lui apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin accélérant la survenue de la mort (…) Cette grave décision prise par un médecin engagé en conscience doit toujours être éclairée par une discussion collégiale". "
- dans les cas de fin de vie difficiles, où le malade demande clairement que sa vie cesse, que la médecine puisse lui apporter une sédation terminale rapide sans violence ni hypocrisie avec une fin de vie douce et adaptée à son état.

mission Sicard, déc 2012

- L'assistance au suicide peut offrir un **"recours ultime"** pour certaines personnes parvenues au stade final d'une maladie incurable.
- **"Si le législateur souhaite l'organiser, l'Etat doit prendre toutes ses responsabilités et non déléguer à quelque association que ce soit, la responsabilité de l'acte"**.

mission Sicard, déc 2012

- **"la pratique euthanasique développe sa propre dynamique résistant à tout contrôle efficace et tend nécessairement à s'élargir (…) en outre, elle intériorise des représentations sociétales négatives d'un certain nombre de situations de vieillesse, de maladie et de handicap"**, risquant d'éloigner le médecin de son "devoir universel d'humanité de soins et d'accompagnement".

mission Sicard, déc 2012

- la mission juge sévèrement l'attitude des médecins vis-à-vis de la fin de vie, en évoquant une culture du tout curatif qui empêche de lâcher prise, une mauvaise prise en compte de la douleur, une surdité face à la détresse psychique des patients.
- Elle recommande ainsi **l'intégration d'une compétence en soins palliatifs dans toute pratique clinique,** et la mise en place d'un enseignement sur **l'obstination déraisonnable**.
- Le rapport demande également que la HAS **engage un travail avec les urgentistes sur leurs pratique de réanimation**.
- La mission suggère également de renforcer les directives anticipées, en formalisant par décret la procédure de recueil, et préconise de créer un fichier national informatisé.

mission Sicard, déc 2012

- principales recommandations
  - le respect de la parole du malade et de son autonomie
  - l'abolition de la frontière entre soins curatifs et soins palliatifs
  - le développement de la culture palliative
  - l'impératif des décisions collégiales lors de la fin de vie.
  - faire appliquer les lois actuelles, plutôt que d'en introduire de nouvelles.

Avis du 14 février 2013 sur la fin de vie du CNOM

- Le CNOM a envisagé pour la première fois, qu'un collège médical puisse permettre en France une "sédation terminale" pour des patients en fin de vie ayant émis des "requêtes persistantes, lucides et réitérées »
- **assistance** médicalisée **à mourir** pour des "situations exceptionnelles", comme certaines **"agonies prolongées"** ou des douleurs psychologiques et physiques **"incontrôlables",** auxquelles la loi actuelle ne donne pas de réponse.

Avis du 14 février 2013 sur la fin de vie du CNOM

- Une sédation, adaptée, profonde et terminale délivrée dans le respect de la dignité pourrait être envisagée, par devoir d'humanité, par un collège dont il conviendrait de fixer la composition et les modalités de saisine
- pour le CNOM : liberté, pour les médecins qui accompagnent des patients en fin de vie, d'exercer une clause de conscience.

Saisine du CCNE

- Le CCNE est saisi de 3 questions
  - directives anticipées
  - modalités et conditions strictes d'accompagnement et d'assistance du malade dans sa volonté de mettre fin à ses jours
  - dignité des derniers moments d'un malade dont les traitements ont été interrompus.
- Discussion d'un projet de loi prévu en juin 2013

- Les députés examineront, le 25 avril 2013 , une proposition de loi UMP sur la fin de vie, signée de Jean Leonetti
- La proposition de loi Leonetti "s'inscrit dans les orientations du rapport de la commission Sicard", écrit le député UMP des Alpes-Maritimes, et "crée un droit à la sédation en phase terminale".

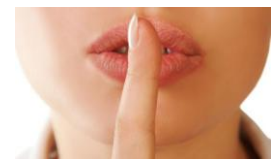
Pour approfondir

- Sites internet
  - CCNE
  - *www.**admd**.net/*
  - *www.**plusdignelavie.com/*** (Pr Hirsch)
  - www.jalmalv.org
  - www.sfap.org
  - http://www.soin-palliatif.org/
  - Conférence de consensus 2004, site HAS
    - Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches

Vivons heureux en attendant la mort

Pierre Desproges

LE SECRET MEDICAL



Secret médical /professionnel

- Ce n'est pas limité au médecin et ce n'est pas limité aux données médicales
- Le secret médical est une obligation professionnelle imposée par la loi
  - art. L 1110-4 CSP
- Le médecin, le kiné, le pharmacien… en est dépositaire par profession
- Confidentialité : plus large

Respect du secret

- art. L 1110-4 CSP : le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé
- Le secret médical n'est pas levé par la mort du malade
- le secret couvre ce que l'on sait et ce que l'on devine
  - ex : visite d'une « amie » en dehors des heures de visite de l'épouse…

Ne pas opposer le secret au patient

Attention

- Dans les ascenseurs, les couloirs, à la queue au self, à l'abri bus devant le CHU, dans les dîners en ville….
- Le fait d'être un professionnel de santé n'est pas un passeport pour avoir accès à toutes les informations

Secret partagé

- les professionnels de santé peuvent échanger des informations
- Pour un même patient pris en charge
- afin d'assurer une continuité des soins …
- sauf opposition du patient dûment averti
- *lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins … les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe*
  - art. L 1110-4 al. 3 CSP

arrêt de la CAA de Nantes
15 octobre 2009

- **Négliger la confidentialité est une faute d'organisation du service**
- Condamnation d'un CHU
- possibilité laissée aux personnes étrangères au service d'accéder aisément à des documents médicaux

arrêt de la CAA de Nantes
15 octobre 2009

- M. X, hospitalisé dans le service de dermatologie du CHU de Caen
- S'oppose formellement à ce que ses parents soient informés de sa séropositivité VIH
- sa mère vient le voir
- Pendant qu'une IDE dispense des soins à son fils, elle attend dans le couloir et prend connaissance de la feuille de soins, mentionnant sa séropositivité, déposée sur le chariot

arrêt de la CAA de Nantes
15 octobre 2009

- les documents médicaux confidentiels posés sur le chariot sont restés sans surveillance dans le couloir
- la possibilité laissée aux personnes étrangères au service, d'accéder aisément à des documents médicaux couverts par le secret médical est constitutive d'un défaut d'organisation du service
- responsabilité du CHU de Caen
- les faits ont porté atteinte au droit du requérant de conserver le secret sur son état de santé

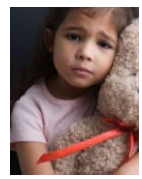
arrêt de la CAA de Nantes
15 octobre 2009

- jugement n° 07-1445 du 2 décembre 2008
- TA de Caen a rejeté la demande tendant à ce que le CHU de Caen soit déclaré responsable de la divulgation d'une information médicale

arrêt de la CAA de Nantes
15 octobre 2009

- Le jugement du 2 décembre 2008 du TA de Caen est annulé.
- Le CHU de Caen est condamné à verser à M. X une somme de 3 000 euros en réparation du préjudice moral subi

  – Il demandait 40 000 euros



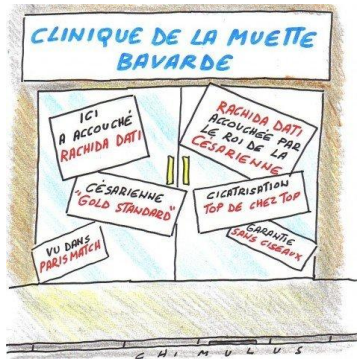
Il y a des dérogations…

Il faut une loi !

Dérogations…

- Saisie de dossier, réquisition…
- Déclarations anonymes : IVG, cause du décès…
- Déclarations nominatives :
  - Naissances
  - Décès
  - signalement des maladies à déclaration obligatoire à l'ARS
  - Certificat de soins psychiatriques sous contrainte
  - Signalement pour la protection des majeurs (tutelle…)
  - Signalement des maltraitances
  - Injonction de soins
  - signalement du dopage…

Attention aux médias !


CLINIQUE DE LA MUETTE BAVARDE
ICI A ACCOUCHÉ RACHIDA DATI
RACHIDA DATI ACCOUCHÉE PAR LE ROI DE LA CÉSARIENNE
"CÉSARIENNE GOLD STANDARD"
CICATRISATION TOP DE CHEZ TOP
VU DANS PARIS MATCH
GARANTIE SANS CHEVEUX
CHIMULUS

- C'est le patient lui-même qui décide de ce qu'il veut dire
- Pour le soignant : la loi et la déontologie imposent le secret (sauf dérogations)
- L'accord du patient ne suffit pas

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Sanctions

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Si non respect du secret

- art 226-13 C Pénal :
- un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende

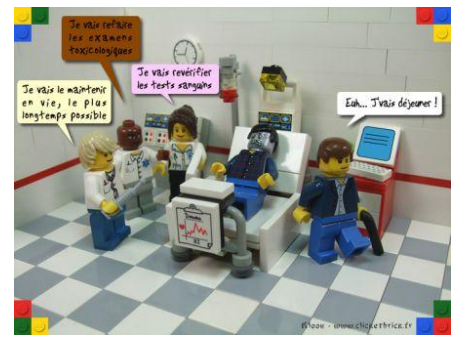
Exercice médical

Les Recommandations de bonne pratique sont-elles un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ?

RBP

Implications médico-légales de la iatrogénèse

Gestion des risques, erreur médicale


Je vais refaire les examens toxicologiques
Je vais le maintenir en vie, le plus longtemps possible
Je vais revérifier les tests sanguins
Euh... J'vais déjeuner !

Recommandations de bonne pratique

- Intérêts
  - Mettre à jour ses connaissances : les données acquises de la science (les soins les plus appropriés)
  - Outil d'aide à la décision pour le professionnel de santé
  - Justifier ses choix auprès du patient
  - Réduire l'hétérogénéité des pratiques prof.
  - C'est une norme repère, y compris pour le patient et les autorités sanitaires !

Recommandations de bonne pratique

- sur le site de la HAS :
  - 89 RBP
  - Guides ALD pour le médecin et pour le patient
  - « guide du parcours de soins »

Recommandations de bonne pratique

- Peut-on contester les RBP ?
- peuvent faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif
- Permet au CE de se prononcer sur leur légalité
- CE le 27 avril 2011 décision n° 334396
- une RBP abrogée sur les traitements médicamenteux du DNID
- la HAS a réexaminé l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques publiées

RBP et responsabilité

- Les RBP sont elles obligatoires ?
- Pas de fondement législatif ou réglementaire
- mais
- *le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.*
  - art R 4127-32 CSP
  - L'expert utilise les RBP !

RBP et responsabilité

- Si un prof de santé ne respecte pas une RBP ?
- Il doit démontrer que la RBP n'est pas actualisée ou n'est pas appropriée au cas du patient +++
- C'est un moyen pour le patient mécontent d'engager la resp. de façon facilitée et objective

Recommandations de bonne pratique

- Sont-elles appliquées ?
- l'acceptation par les professionnels des RBP est un facteur déterminant pour leur mise en pratique.

RBP : Inconvénients

- Validité limitée dans le temps
  - Les RBP doivent évoluer avec les connaissances scientifiques
- Limite l'autonomie du professionnel ?
  - accélère la prise de décision pour les situations ordinaires liés à des pathologies uniques et permettent au praticien de consacrer plus de temps aux cas complexes
- suspectes de servir des intérêts particuliers
- Accès pas toujours facile : un portail unique ?
- écarts notables entre les pratiques réelles et les recommandations
- Le médecin ne doit pas devenir l'exécutant aveugle d'une RBP
- D'autres sources de RBP existent

D'autres sources de RBP

- Sociétés savantes

En Grande-Bretagne

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Angleterre)
- outil Clinical Pathways : accès sous forme d'arbres à l'ensemble des documents
- https://www.evidence.nhs.uk/.

Analyser les événements indésirables

démarche d'amélioration des pratiques

analyse de risque *a posteriori*

- « Presque accident »
- Médicament donné au voisin de chambre sans conséquence

- fiche de déclaration d'événement indésirable
- C'est important d'en parler !!!

Facteurs contributifs

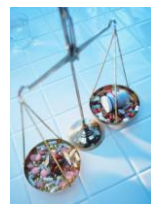
- ***Facteur environnemental***
- ***Facteur travail en équipe***
- ***Facteur individuel***
- ***Facteur institutionnel***
- ***Facteur organisationnel***
- ***Facteur tâches à effectuer***
- ***Gestion des patients***

- Aboutir à des pistes de réflexion et/ou d'amélioration

Apprendre de ses erreurs sans stigmatiser !

En cas d'ERREUR

- « culture pédagogique » de l'erreur :
  - Réflexion personnelle et collective, debriefing, staff protocolisé, RMM



- Le risque judiciaire est difficile à concilier avec….

Une IDE en GAV….. à Noël 2008

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- décès de Ilyes, 3 ans, entré le 24 décembre 2008 au matin pour une « angine » à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (AP-HP)
- L'IDE a reconnu avoir administré du chlorure de magnésium au lieu d'un sérum POLYIONIQUE B46 AP-HP
- l'enfant est décédé en réa le 24 au soir

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- garde à vue de l'IDE
- 26 décembre 2008 : le parquet du TGI de Paris a ouvert une information judiciaire pour homicide involontaire
- IDE présentée au juge d'instruction
  - mise en examen pour homicide involontaire et laissée en liberté
  - contrôle judiciaire : interdiction de retourner à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul et de voir ses collègues de travail + interdiction provisoire d'exercer sa profession.

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- Est elle la seule responsable ?
- Enquête sur le circuit d'acheminement du médicament
  - Le flacon de chlorure de magnésium n'aurait jamais dû se trouver dans l'armoire des solutés du service de pédiatrie générale
  - erreur de livraison à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- 5 personnes mises en examen, pour homicide involontaire
  - IDE en décembre 2008
  - 22 avril 2009 : pharmacien, chef de service de la pharmacie du Groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul
  - 23 avril 2009 : 2 cadres de santé de SVP
  - 10 septembre 2009 : 1 cadre de santé de SVP
- 10 novembre 2009 : AP-HP mise en examen comme personne morale

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- expertise médicale (3 experts) : septembre 2009
- les experts ont identifié trois erreurs
  - *le circuit du médicament a fait l'objet d'une série d'erreurs dont l'addition s'est révélée fatale*

Les experts ont identifié 3 erreurs

- une commande de « POLYIONIQUE B46 AP-HP » passée par l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à l'Hôpital Cochin dont il dépend.
- Cochin a répercuté cette commande à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris à Nanterre en même temps qu'une autre commande de chlorure de magnésium.
- 1ère erreur : carton contenant 12 flacons de chlorure de magnésium placé par erreur dans un lot de cartons de B46 expédié par la pharmacie du fait de la similitude d'aspect des cartons

Les experts ont identifié 3 erreurs

- 2ème erreur :
- erreur du contrôle de la livraison du produit commandé.
- Le carton a été entreposé dans une réserve pharmaceutique centrale.
- 3 flacons de ce carton pris pour du B46 (les deux flacons étaient ressemblants) ont été retirés, sans contrôle de l'étiquetage, pour être placés dans les réserves de deux services.
- L'un est à l'origine de la mort du petit Ilyes.

Les experts ont identifié 3 erreurs

- 3ème erreur : l'IDE qui a administré le produit à l'enfant n'a pas lu l'étiquette du produit perfusé

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- Pour les experts :
  - Le décès est lié à l'injection
  - les soins de réanimation apportés à l'enfant ont été particulièrement actifs et aucun retard n'a été pris quant à la rapidité des secours .

Garde à vue ?

- nombreuses réactions indignées de syndicats dénonçant la disproportion de cette mesure
- polémique sur les conditions de travail dans les hôpitaux
- Roselyne Bachelot : dans le service de pédiatrie générale, il y avait 12 malades ce soir là avec 7 personnels soignants
  - dans l'unité, il y avait 5 malades avec 2 personnels soignants (une IDE et une AS)
- La GAV parait disproportionnée alors que l'IDE n'a jamais masqué son erreur et a immédiatement alerté sur la situation
- Habituellement mise en examen sans GAV initiale

Décès d'Ilyes, décembre 2008

- ordonnance rendue le 1er mars 2013
- La juge d'instruction Marie-Odile Bertella-Geffroy, a ordonné le renvoi devant le tribunal correctionnel
  - un cadre sup de santé du service de pédiatrie de SVP
  - un pharmacien
  - l'IDE qui a réalisé l'injection
  - l'AP-HP

Décès d'Ilyes, décembre 2008

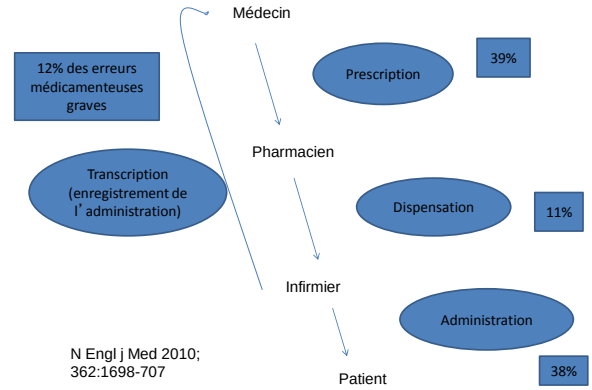
- AP HP : n'avoir pas pris les mesures adaptées pour sécuriser le circuit du médicament
- Pharmacien : faute caractérisée : absence de procédures et de consignes strictes pour la réception des commandes, le rangement et la manutention des produits, ainsi que l'absence de délivrance des solutés par une personne qualifiée.
- Cadre : faute caractérisée : défaillance dans l'organisation des soins, du suivi et du contrôle du circuit du médicament et sa sécurisation, notamment sur les aspects liés à la réception des commandes et à leur stockage.
- IDE : faute simple de négligence

Décès d'Ilyes, décembre 2008

  - non-lieu pour deux autres cadres de santé
  - la famille d'Ilyès a fait appel de ce non-lieu partiel devant la chambre de l'instruction… recule la date du procès
- *Procès à suivre….*

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Circuit du médicament



Circuit du Médicament

- 19% des événements indésirables graves (EIG)
- IDE : dernier maillon de la chaîne du circuit !

Rôle du médecin

- Article R 4127-34 CSP
- Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Actes réalisés sur prescription médicale +++

- Art. R. 4311-7 CSP
- **Sauf urgence ++++,** une prescription médicale est :
  - Écrite
  - Datée
  - Signée
  - Qualitative
  - Quantitative
- Il peut s'agir de protocoles de soins, préalablement établis, répondant aux mêmes exigences

Prescription médicale

- Article R 1112-3 CSP
- *Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées*
- *le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.*

Erreurs et médicaments

- Ce qui relève de l'IDE
  - Erreur de patient
  - Erreur de médicament
  - erreur de voie d'administration
    - Voie orale versus voie nasogastrique, voie IM/IV ou IVD
  - Administration non tracée
  - Dose erronée, erreur de calcul
  - Médicament périmé
  - …

Prévention

- Ne pas déranger un IDE qui prépare les médicaments !
- L'informatisation de la prescription : réduit de 55% les événements indésirables graves
- l'utilisation d'un code barre patient (bracelet) : réduit de 40% les erreurs d'administration

- Eric G. Poon *Effect of bar code technology on the safety of medication administration*
- N Engl j Med 2010; 362:1698-707

Arrêté du 6 avril 2011

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé JORF n°0090 du 16 avril 2011 page 6687
- La direction de l'établissement (public ou privé) après concertation avec le président de la CME, désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.
- Ce peut être le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (art R. 6111-4 CSP)

Art. 13 de l'arrêté du 6 avril 2011

- La prescription de médicament est rédigée après examen du malade hospitalisé, sur une ordonnance et indique lisiblement :
  — le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, nom, adresse de l'établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée
  — la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'administration
  — la durée de traitement
  — les nom et prénom, le sexe, l'âge du malade, sa taille et son poids.
  La prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

Glossaire de l'arrêté du 6 avril 2011

- Erreur médicamenteuse
  - omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.
  - L'erreur médicamenteuse peut être
    - avérée
    - potentielle (interceptée avant l'administration au patient).

Glossaire de l'arrêté du 6 avril 2011

- Evénement indésirable

  Réaction nocive et non recherchée survenant chez l'homme utilisant ou exposé à un produit de santé sans préjuger d'un lien de cause à effet.

Événement indésirable associé aux soins (EIAS)

- Article R 6111-1 CSP
  - tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

Événement indésirable associé aux soins

- Article R 6111-4 CSP
- Le représentant légal de l'établissement de santé désigne un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

notification d'effet indésirable médicamenteux

- doivent être notifiés
- les effets graves
  - médicalement graves et a fortiori responsables d'hospitalisation, de prolongation d'hospitalisation, de séquelles de mise en jeu du pronostic vita)
- ceux qui ne sont pas répertoriés dans les mentions légales (RCP) dans leur nature ou leur fréquence.

- Article L 5311-2 CSP
- lorsque l'ANSM demande des informations nécessaires à l'exercice de ses missions
- on ne peut pas opposer le secret médical ou le secret en matière industrielle et commerciale

Vigilance

- C'est l'affaire de tous
- Protection du salarié qui ose faire remonter une info !

Protection

- Article L 5312-4-2 CSP
- Créé par Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 43
- Aucune personne ne peut faire l'objet d'une mesure discriminatoire, ni être sanctionnée… pour avoir relaté ou témoigné, de bonne foi, soit à son employeur, soit aux autorités judiciaires ou administratives de faits relatifs à la sécurité sanitaire des produits de santé dont elle aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Il faudrait….

Le Dr. Wolfram est furieux de réaliser que Hans n'a *rien* appris de l'incident.

Connaitre les données acquises de la science sans se laisser submerger !

- Comment lire 36 000 articles publiés chaque mois sur medline ??

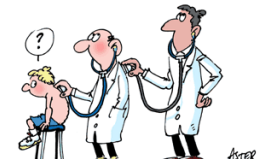
- Risques de la gestion : oublier le soin !!!!!

- Une dame âgée sur un brancard aux urgences voudrait un bassin

- Externe : « je ne sais pas où sont les bassins »
- interne : « on verra après, une fois que je vous aurai examinée »
- Médecin : « ce n'est pas à moi de le faire »
- IDE : « désolée je n'ai pas le temps, je vais appeler… »
- ASH « Je n'ai pas le droit de le faire, je n'ai pas le droit de bouger les malades »
- AS : « vous auriez du demander ! »

- L'erreur est humaine mais souvent évitable !!
- Encourager la déclaration des erreurs
- en discuter entre professionnels
- la sécurité des patients est en lien avec la qualité du travail en équipe pluriprofessionnelle… au bloc, pour le circuit du médicament…

- On a besoin, en plus des règlements, d'une alchimie humaine indispensable pour obtenir la sécurité.
- un travail d'équipe où chacun est prêt à « vérifier » ce que fait l'autre
- pas un « flicage » mais une vigilance « humaine »



L'avenir de la santé

- http://www.strategie.gouv.fr/
- À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ?
  - défis sanitaires
  - hausse des maladies chroniques
  - vieillissement de la population
  - évolution de la démographie médicale
- 2 leviers d'action
  - coopérations entre professionnels de santé
  - télésanté.

Télésanté et Télémédecine

Télémédecine

- Article L 6316-1 CSP
  - Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Article R 6316-1 CSP et suiv.
  - Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Télésanté

- expériences éparses, nées sous l'impulsion de quelques acteurs
- un secteur émergent, confronté à des freins juridiques, économiques et culturels
- apports de la télésanté ?
  - saut qualitatif en engendrant de nouveaux services, des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures sanitaires
  - continuum de soins, contribuant à l'orientation optimale du patient dans un système intégré couvrant domicile, soins primaires et aigus, soins de suite et médico-sociaux.
  - faire de l'usager un coproducteur de santé.

Télésanté (*eHealth*)

- « santé en ligne »
- La télésanté recouvre « *toutes les applications, sites, portails, que l'on trouve sur internet et qui sont, tout ou parties, liées à la santé* ».
- **télésanté :** terme plus large que celui de télémédecine

télésanté

- production de soins à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC)

Télémédecine
Article L 6316-1 CSP

- La **télémédecine** est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.
- Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Télémédecine

- actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication
- actes de télémédecine :
  - Téléconsultation
  - Téléexpertise
  - télésurveillance médicale
  - téléassistance médicale
  - régulation médicale

Téléconsultation

- permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.
  - professionnel médical : médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme
- Un professionnel de santé ou un psychologue peut être présent auprès du patient et peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation
- *Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations*
- *le médecin pose le diagnostic à distance*

Exemple coopération IDE et médecins

- L'échographie cardiaque à distance
- réalisée par un infirmier titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie cardiaque
- Un senior cardiologue échographiste pilote l'examen à distance

Téléexpertise

- permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient
- Ex. transmission des clichés radiologiques

Télésurveillance médicale

- objectif : permettre à un professionnel médical d'interpréter, à distance, les données nécessaires au suivi médical d'un patient, et le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.
- L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé

Téléassistance médicale

- objet : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
  - un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte technique

La régulation médicale

- réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale lors des appels passés auprès du SAMU ou des centres 15.
  - les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel

- Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne
- Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne

réseau de télémédecine

- établissement de niveau I qui a besoin d'avis spécialisés courants
  - EHPAD, hôpital local, centre de soins et de rééducation, centre de santé
- hôpital pivot : unité de télémédecine de niveau II
- niveau III : CHU, siège de services hyperspécialisés (neurochirurgie, cardiologie ou radiologie interventionnelle)

E-santé, diffusion de la connaissance en santé

Développement professionnel continu (DPC)

Développement professionnel continu

- Loi HPST
- l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Transformation de la formation médicale continue en DPC
  - Recentrage du DPC sur l'évaluation des pratiques

Développement professionnel continu

- article L 4133-1 CSP
- Le DPC a pour objectifs
  - l'évaluation des pratiques professionnelles
  - le perfectionnement des connaissances
  - l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
  - la prise en compte des priorités de santé publique
  - la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
- Il constitue une obligation pour les médecins.

- Article L 4021-1 CSP
- La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par **l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.**

Développement professionnel continu

- *Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC*
- *Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux*
- *Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes*
- *Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins*
- *Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes*
- *Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens*

Développement professionnel continu

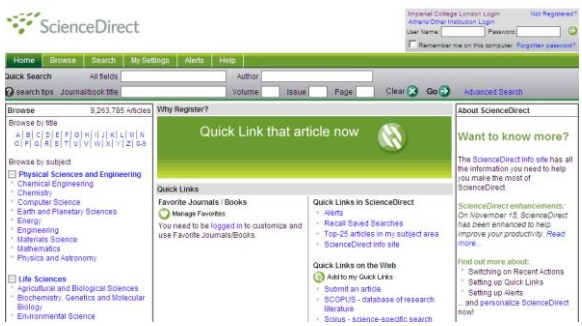
- Art. R. 4133-1 CSP et suivants
- constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente

Internet : Pour les professionnels

- Formation initiale et continue
- Attention aux forums de patients / témoignages
- Littérature médicale : revues médicales
- Internet : accès à la littérature médicale/ publications

PubMed

ELSEVIER SCIENCE DIRECT



VU LA LOI,
VU LE DÉCRET,
VU LA CIRCULAIRE,
VU LE RÉFÉRENTIEL...
JE VOUS PRESCRIS 3 BOÎTES DE TEPLEX 500
ET VOUS DOCTEUR QUI ME CONNAISSAIT BIEN... QU'AURIEZ-VOUS FAIT ?